



資格再調査

登録番号またはケース番号

1. 氏名を活字体で記入： 名前 ミドルネーム 姓		2. 電話番号 自宅 勤務先 伝言先				
3. 居住所 番地 市 州 郵便番号						
4. 居住所と異なる郵送先住所 番地 市 州 郵便番号						
5. 私/私達は現在以下の給付を受けている <input type="checkbox"/> 納付金 <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 老人ホーム・ケア	6. 私/私達は以下の給付を必要とする <input type="checkbox"/> 納付金 <input type="checkbox"/> フードスタンプ <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 老人ホーム・ケア <input type="checkbox"/> 麻薬・アルコール治療 <input type="checkbox"/> その他	7. 英語を話したり、読んだり、書いたりする際に問題がありますか。 通訳者が必要としますか。必要とする場合は当方で提供します。 必要とする場合、何語を使用しますか。	はい	いいえ		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. あなたに給付されるフードスタンプを、あなたに代わって入手または使用する人がいる場合には、以下に記入してください。						
その人達の名前 _____		電話番号 _____				
お読みください						
A. 本再調査はあなたが継続して給付金、医療、および/またはフードスタンプの給付を受けられるかどうか調査する目的をもっています。本用紙の項目を記入する際に補助を必要とする場合には、ご連絡ください。						
B. 本用紙に記入し、10日以内にお近くのコミュニティサービス事務所へ郵送またはご持参ください。						
<p>1. 面談のため事務所へお越し願う場合があります。</p> <p>2. 本用紙に記入された状況、内容について確認させていただく場合があります。</p>						
C. 現在フードスタンプの給付を受けていないが、給付申請を上記質問6で行った場合：						
<p>1. あなたのフードスタンプ給付額は当方が本用紙を受領した日付を基にします。</p> <p>2. 質問13の欄に記入してください。以下の場合には、5日以内にフードスタンプの給付が受けられる場合があります。</p> <ol style="list-style-type: none"> あなたの収入または資産が非常にわずかな場合、または あなたの収入および資産が毎月の家賃/住宅ローンおよび光熱水道費を支払えない場合、または あなた自身が住む場所がない場合、または あなたの世帯が季節労働者または季節農場労働者を含む場合 <p>3. あなたは当方にソーシャルセキュリティ番号を提示する必要があります。ソーシャルセキュリティ番号を持たない場合は、法律に従い世帯員各自ソーシャルセキュリティ号を申請する必要があります。</p>						
D. 現在フードスタンプの給付を受けていて、給付を停止されたくない場合は、来月15日までに本用紙を提出してください。当方あなたの資格について検討致します。						
任意情報						
あなたの人種または民族的背景について任意で情報を記入ください。本情報はあなたの給付資格審査用に使用されることはありません。						
<input type="checkbox"/> 白人		<input type="checkbox"/> ヒスパニック		<input type="checkbox"/> 黒人	<input type="checkbox"/> アメリカ・インディアン/アラスカ原住民	<input type="checkbox"/> ベトナム系/ラオ系/カンボジア系
<input type="checkbox"/> その他のアジア系または 太平洋諸島民		<input type="checkbox"/> その他 _____				

資格再調査

一般情報

9. 私は以下の理由により特別な補助を必要とします。

視覚障害 聴覚障害 識字不能 その他: _____

10. あなた自身およびあなたの住所に居住する全員について列記してください。法的な名前を使用すること。

ニックネームは使用しないでください。ソーシャルセキュリティ番号を知らない場合は、空白のままにしてください。

氏名（名前、ミドルネーム、姓）	あなたとの関係	生年月日 (月/日/年)	ソーシャルセキュリティ番号	性別 男 または 女	アメリカ 市民権	永住権を 法的に 取得済み	就学中？
A.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

11. あなたの世帯の中で他の名前（結婚前の姓または結婚姓）またはソーシャルセキュリティ番号を使用した
とのある人がいる場合は、他の名前および/またはソーシャルセキュリティ番号を列記してください。

他の名前	ソーシャルセキュリティ番号	他の名前	ソーシャルセキュリティ番号
A.		C.	
B.		D.	

12. 前回の再調査以後、あなたの家から転出した人を列記してください。

氏名（名前、ミドルネーム、姓）	あなたとの関係	生年月日 (月/日/年)	転出した日付
A.			
B.			
C.			

13. 今月フード援助/スタンプ給付を受け取らなかったが、現在給付申請をし、5日以内に給付を必要とする場合のみ、記入ください。

はいいいえ 「はい」の場合、額を提示してください

私（私達）は現金、当座預金、または普通預金がある。 \$ _____

私（私達）は今月、当座預金、または普通預金（収入）を受け取った。 \$ _____

私（私達）は今月、当座預金、または普通預金（収入）を受け取る予定がある。 \$ _____

私（私達）は毎月、家賃または住宅ローン費を支払う必要がある。 \$ _____

私（私達）は今月、ユーティリティー費（例：ガス、灯油、電気料金など）
を支払う必要がある。 \$ _____

私（私達）の現金、当座預金（収入）は最近なくなった。 「はい」の場合、いつ？ _____

私（私達）は季節労働者または季節農場労働者である。

私（私達）はホームレスである。

14. あなたの世帯の誰かに以下の状況が当てはまる場合には、印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 妊娠中（出産予定日）_____	<input type="checkbox"/> 食べ物または食費がない	<input type="checkbox"/> 住む場所がない
妊娠中の世帯員の名前： _____	<input type="checkbox"/> 緊急に医療を必要とする	<input type="checkbox"/> 暖房がない
	<input type="checkbox"/> ユーティリティーの差し止め通告	<input type="checkbox"/> 立ち退き通告
	<input type="checkbox"/> 家庭内暴力被害者	

15. あなたは世帯の内、何人分の食
べ物を買ったり準備したりして
いますか。

事務所用のみ - 緊急サービス・スクリーン

16. 緊急サービス資格をもつ世帯 はい いいえ

緊急サービス・スクリーン担当者の署名 _____ 日付 _____

資格再調査

一般情報（続き）

17. 婚姻状態- 私は現在 :	<input type="checkbox"/> 独身	<input type="checkbox"/> 既婚	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 死別	はいいいえ
18. 家族の中で家を一時的に出ているものがいる。						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
名前	所在地					
19. 私（私達） は以下に住んでいる :	<input type="checkbox"/> 自分の持ち家	<input type="checkbox"/> 成人ファミリーホーム	<input type="checkbox"/> 集団ケア施設	<input type="checkbox"/> グループホーム		
	<input type="checkbox"/> 成人居住用治療施設	<input type="checkbox"/> その他				
20. 前回の再調査以後、あなたの世帯に転入した人がいる場合は、その転入者について質問AからFに答えてください。						
名前 :	転入した日付 :					
A. 彼らはワシントン州に居住の予定である						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. ワシントン州または他の州での援助を申請している、または受けている						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
「はい」の場合、どこで : 日付 :						
C. 世帯の中で両親（既婚または未婚）が現在申請を行っている場合には、最近24ヶ月間に最も収入を得た親を記入してください。						
親の名前 :						
D. 彼らは軍隊の退役軍人、またはその扶養家族、配偶者である						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E. インディアン食料配給プログラムから食料を受給している						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F. 彼らは保証人のある外国人である						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
「はい」の場合、保証人の名前と住所 :						
21. 私（私達）は、下宿人（私（私達）は食費を支払って食事の世話を受けている）である。						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. 私（私達）は、今後2ヶ月間に私（私達）の状況に変化があると思う。						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
「はい」の場合、詳細を書いてください。						

医療情報

23. A. 私（私達）は未払いの医療支払いがある						はいいいえ
B. 私（私達）は最近3ヶ月間に生じた医療支払いに対する補助を必要とする						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. 私（私達）は医療施設（例：病院、老人ホームなど）に入っている、また <u>最近退院し</u> 、入る予定である						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
「はい」の場合、どのような施設ですか						
(1) 入院日	(2) 退院日	(3) 入院予定日				
_____	_____	_____				
D. 私（私達）はメディケア(Medicare)がある						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E. 私（私達）はCHAMPUS（軍隊）保証資格がある						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F. 私（私達）は健康保険がある						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(あなたの雇用者または組合等を通じての民間保険、長期ケア保険、グループ保険といったあなた自身または他の人に よって支払われたものを含む。)						
G. 私（私達）は過去3年間のある時期、雇用者を通じて医療保険を受けた						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H. 私（私達）は費用の点で雇用を通じた医療保証を断念した						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
I. 私（私達）は医療ケアを必要とする事故に遭った						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

資格再調査

資産

24. A. 私（私達）は以下の一つまたはそれ以上を所有または一部保有している（各項目について「はい」または「いいえ」を記入のこと）：

資産	はい いいえ	合計額/価値	数量	所在地
所持金（現金）	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
当座預金	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
普通預金/預金証書	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
クレジットユニオン	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
退職金ファンド、IRA、KEOGH等	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
他人管理の金銭	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
株式/債券/ミューチュアルファンド	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
信託または年金口座	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
生命保険	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
支払済み葬儀プラン（生命保険でないもの）	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
葬儀/埋葬用金銭	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
埋葬区画	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
販売契約	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
あなたが居住している家屋、地所	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
あなたが居住していない家屋、地所	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
業務用具（機器、機械）	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
家畜（馬、牛、羊）	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
森林/作物	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		
その他	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		

B. 私（私達）は車またはその他の乗り物（トラック、ボート、キャンパー、トレーラー、モーターホーム、スノーモビル、オートバイなど）を所有または買う手続き中である

はい いいえ

品目	年	型	価値
			\$
			\$
			\$
			\$

C. 私（私達）は医療目的で乗り物を使用している

はい いいえ

D. 私（私達）は職業目的で乗り物を使用している

はい いいえ

E. 私（私達）は過去2年半以内に資産（上記のAとBを参照）を売却、取引、または譲渡した
「はい」の場合、詳細を書いてください：

何を？ _____ 誰に？ _____

雇用

25. A. 私（私達）は前回の再調査以来、仕事をしている、または仕事をした（自営業を含む）

はい いいえ

「はい」の場合、あなたの財務担当員に定期収入報告を送っていますか

はい いいえ

世帯員の雇用を列記してください

世帯員名	雇用者	毎月の就業時間数	就業最終日
1.			
2.			

B. 私（私達）は労働が可能な（成人）である

はい いいえ

労働が不可能な場合はその人の名前と理由を列記してください

世帯員名	理由
1.	
2.	

資格再調査

雇用 (続き)

はいいいえ

C. 最近60日以内に私（私達）は離職した

「はい」の場合、離職した人の名前： _____

雇用者： _____

理由： 会社責任による解雇 解雇 仕事を拒否 休暇 傷害 辞職 ストライキ 訓練を拒否 病気

収入

26. 私（私達）は以下から収入を受けたまたは受給申請をおこなった（各項目について「はい」または「いいえ」を記入のこと）：

収入	はい いいえ	収入者	額	収入者	額
所得（賃金）/歩合手数料	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
公共補助金	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
失業手当	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
ソーシャルセキュリティ手当(SSA)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
補助保障収入(SSI)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
鉄道手当	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
退職金/年金	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
養育費/扶助費	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
保険手当	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
信託または年金	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
間借り人/下宿人/借家人からの金銭	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
親戚/友人からの金銭	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
退役軍人手当	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
労働および産業	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
軍隊特別支払い分	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
所得税払い戻し金	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
奨学金または奨学融資	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
賞金（bingo、宝くじ等）	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
その他の融資	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$
その他の収入	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		\$		\$

支出

27. A. 私（私達）は住宅費を支払う必要がある

 はい いい

1. 家賃	\$	財産税	\$
住宅ローン	\$	財産査定	\$
スペース費	\$	住宅所有者保険	\$

はい いいえ

2. 他の人が私（私達）の住宅費またはユーティリティ費を全額または一部負担している 3. 私（私達）は次の支払い義務がある： 暖房/冷房費
その他のユーティリティ費

電気： \$ 電話： \$ ゴミ収集： \$ その他： \$

暖房燃料： \$ 下水道： \$ 水道： \$

(灯油、ガス、薪等)

B. 私（私達）は扶養ケアまたはベビーシッティ

ング費の支払いをする必要がある はい いい 「はい」の場合、その金額： \$

C. 私（私達）は裁判所命令による養育費の支払いをする必要がある

 はい いい 「はい」の場合、その金額： \$

署名前に必ずお読みください

私は以下のことを理解しました：

- 私（私達）は私の状況に何らか変化があった場合、社会保健局(Department of Social and Health Services -DSHS) コミュニティーサービス事務所に即座に書式により連絡を行う義務を負う。報告の遅延により不適切な支給を招く場合がある。
- 私（私達）は私（私達）が給付資格の証明を提示する義務を負う。DSHSはそのために証明書の取得または第三者や機関に連絡をとる補助を行う場合がある。
- 私（私達）がここで提供する情報は、私が給付資格があるかについて、そしてその受取り額について決定するため、州および連邦担当官による照合の対象となる。これは特別調査局の予告なしの連絡を含むことがある。
- 私（私達）のソーシャルセキュリティ番号は世帯員の身分証明検査、二重申請の防止、資格照合のため他の機関（ソーシャルセキュリティ管理局、税務局、雇用者、および銀行等）とのコンピュータによる情報交換のために州および連邦機関により使用される。
- 扶養児童をもつ家族への援助(Aid to Families with Dependent Children -AFDC)またはフードスタンプ給付を申請することにより、年齢が16歳から60歳までの場合は雇用または訓練活動に参加する義務を負う場合がある。
- 財政的な給付を申請および受給することにより、私（私達）は児童手当および医療ケア手当を含む手当に対する全権利をワシントン州に委任する。
- 医療ケア手当を申請および受給することにより、私（私達）は医療ケア手当受給期間中、適用される医療サービスに対する支払いのための医療ケア補助および第三者の支払いに対する全権利をワシントン州に委任する。
- 当局は私（私達）が55歳以上の場合に長期的な医療ケアの費用を私（私達）の私有地から償却する場合がある。長期的ケアはCOPES、メディケイド・パーソナル・ケア(Medicaid Personal Care)、および老人ホーム・サービス、加えて関連する病院処方薬費用を含む。
- 私（私達）は、私（私達）が私（私達）の医療手当を濫用する場合は、医者および薬局を一つに制限される場合がある。

フードスタンプ罰則の注意

あなたがフードスタンプを銃器、弾薬、または爆発物を売買するために使用または受取る場合には、初犯でフードスタンプ・プログラム資格を永久に剥奪されることがあります。フードスタンプを統制物質（麻薬）の売買のために使用または受取る場合には、初犯で12ヶ月の、2犯目で永久にフードスタンプ・プログラム資格を剥奪されることがあります。フードスタンプ・プログラムのその他の規則に意図的に違反した場合には、初犯で6ヶ月の、2犯目で12ヶ月の、そして3犯目で永久にフードスタンプ・プログラム資格を剥奪されることがあります。更に、裁判所はこれに加えて18ヶ月フードスタンプ・プログラム資格の剥奪を命じる場合があります。

禁止事項

- 誤った情報を提供したり、情報を隠蔽したりすること
- フードスタンプまたは認可カードを取引したり売却すること
- 受給資格以上のフードスタンプを得るために認可カードを書き変えること
- アルコール飲料やタバコといった不適格品目を得るためにフードスタンプを使用すること、または
- あなたの世帯のために他人のフードスタンプまたは認可カードを使用すること

あなたが故意および意図的に規則を破った場合には、訴追され、最高25万ドルの罰金、または最高20年の懲役、または罰金と懲役の双方を課せられます。あなたはまた、他の該当する連邦法規により訴追される対象となります。

一般補助罰則

一般補助を不法に受取ったと裁判所で有罪判決を受けた場合には、裁判所が決定した期間、現金および医療補助を受ける資格を剥奪されます。

宣誓および署名

私/私達は本申請内の情報を読み（または、私/私達に対する説明を受け）、理解しました。私/私達は偽誓の場合の刑罰を踏まえ、本申請内で私/私達が提供した情報は実際で、正しく、私/私達の知りうる全てである旨を宣誓します。私/私達は私/私達が故意に誤った記述をなしたり、私/私達が報告すべき事項を故意に報告しなかったために、不正に現金、フードスタンプ、または医療を受給された場合、私/私達は犯罪の訴追を受けることを理解しました。

フードスタンプだけを申請する場合は、一人の申請人のみ署名してください。

給付金または医療補助を共に申請する場合は、世帯員の成人全員が署名する必要があります。

申請人署名	日付	その他の成人世帯員署名	日付
申請人が「X」を署名の場合は証人署名	日付	配偶者が「X」を署名の場合は証人署名	日付
ヘルパー署名	日付	ヘルパー署名	日付